

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N° 494

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 6 Juillet 1899, à 1 heure

Par M. ERNEST REYNIER

Né à Trans (Var), le 12 Juillet, 1848.

EPIPLOÏTE HÉMORRHAGIQUE

Président : M. CORNIL, Professeur.

*Juges : MM. } HUTINEL, Professeur.
 } LAUNOIS et MERY, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & BOYER

15 — Rue Racine — 15

1899

494

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 6 Juillet 1899, à 1 heure

Par M. ERNEST REYNIER

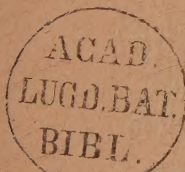
Né à Trans (Var), le 12 Juillet 1848.

EPIPLOÏTE HÉMORRHAGIQUE

Président : M. CORNIL, Professeur.

*Juges : MM. } HUTINEL, Professeur.
 } LAUNOIS et MERY, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & BOYER

15 — Rue Racine — 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M.		BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	}	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		HUTINEL.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.....		TERRIER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		LANDOUZY.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....		N...
		CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	}	POTAIN.
Maladies des enfants.....		JACCOUD.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		HAYEM.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		DIÉULAFOY.
Clinique des maladies du système nerveux.....		GRANCHER.
Clinique chirurgicale.....	}	JOFFROY.
Clinique ophthalmologique.....		FOURNIER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		RAYMOND.
Cliniques d'accouchements.....		BERGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
		PANAS.
		GUYON.
		BUDIN.
		PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES de la TOU-	MENÉTRIÉR.	WALLICH.
BROCA (AUG.).	RETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SÉBILLEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	
DELBET.	LEGUEU.	THIERRY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MES REGRETTÉS PARENTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BROUARDEL

Doyen de la Faculté de Médecine
Membre de l'Institut
Commandeur de la Légion d'honneur

Je le prie d'agréer l'expression de ma reconnaissance pour la haute bienveillance dont il a bien voulu m'honorer.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CORNIL

Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu se montrer si bon pour moi et me fait l'honneur de présider cette thèse, j'apporte l'hommage de ma respectueuse gratitude et de mon profond dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUGUET

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin de l'hôpital Lariboisière
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR CH. MONOD.

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'hôpital St-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

J'ai été heureux de pouvoir suivre les savantes et pratiques leçons cliniques de ces deux maîtres. J'en garderai, ainsi que de la bienveillance qu'ils ont bien voulu me témoigner, une inaltérable reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR GERARD MARCHANT

Chirurgien de l'hôpital Boucicaut
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui m'a accueilli avec tant de bienveillance et a bien voulu me
communiquer les deux premières observations de cette thèse.
Je le prie d'agréer mes remerciements bien sincères.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI BLANC

Ancien interne des hôpitaux de Paris
Chef de laboratoire à l'hôpital Boucicaut

Vous avez été pour moi un excellent camarade, un ami véritable
dont le dévouement, qui ne s'est jamais démenti, m'a été si précieux
pendant tout le cours de mes études médicales. Je serai toujours votre
ami le plus dévoué.

CHAPITRE PREMIER

Généralités et exposé du sujet.

Les inflammations de l'épiploon ont été signalées depuis longtemps par les auteurs. Mais ce qu'on a surtout étudié ce sont les épiploïtes herniaires, qu'il s'agisse d'épiploïtes aiguës, allant de la simple congestion à l'infiltration purulente ; ou de lésions inflammatoires chroniques, en rapport avec une épiplocèle ancienne, ayant subi à différentes reprises des poussées aiguës ou subaiguës.

Ces accidents qui peuvent survenir dans les hernies épiploïques ont été magistralement décrits en particulier par Gosselin.

A côté de lui, Malgaigne a prouvé et proclamé qu'ils reconnaissent pour cause l'inflammation de la hernie et de l'épiploon qu'elle renferme et qu'il existe des pseudo-étranglements à côté des étranglements herniaires vrais.

Dans ces dernières années on a surtout étudié de près les épiploïtes qui surviennent au cours de l'inflam-

mation de certains organes au contact desquels se trouve l'épiploon.

M. le professeur Cornil, dans sa communication à l'Académie de Médecine (séance du 28 décembre 1897), exposant les résultats de ses nombreuses et importantes expériences, faites en collaboration avec M. Carnot, sur le chien et le lapin, expériences qui mettent en lumière le rôle du grand épiploon comme organe de protection et de réparation, montre la grande tendance qu'a cette membrane à s'enflammer et à contracter des adhérences.

Il fait remarquer également avec quelle facilité l'épiploon chez l'homme forme des adhérences avec tout organe voisin : vessie, utérus, trompe, etc., présentant une solution de continuité, ou étant le siège d'une inflammation ou d'une lésion quelconque.

Dans le même ordre d'idées, nous rappellerons la thèse récente de Levrey (thèse de Paris 1899) dans laquelle l'auteur expose le rôle de l'épiploïte aiguë ou chronique au cours de l'appendicite.

De même, avec la fréquence de la cure radicale des hernies, il a été donné d'étudier assez souvent des inflammations épiploïques consécutives à cette opération accompagnée, dans nombre de cas, de la résection d'une portion d'épiploon.

A cet ordre de faits se rattache la communication de M. le docteur Monod à la Société de Chirurgie (séance du 8 février 1898).

Il s'agissait d'un malade qui, à la suite d'une cure radicale de hernie, avait eu, au niveau de l'angle gau-

che du côlon transverse, des poussées subaiguës d'épiploïte ayant consécutivement déterminé des phénomènes de pseudo-étranglement par coudure de l'intestin.

Toute la discussion, dont cette communication fut le point de départ, a trait à des faits d'épiploïtes, suites de cure radicale de hernie.

Tout récemment, le Dr Morestin a présenté à la Société anatomique l'observation d'un malade qui avait eu des poussées d'épiploïte chronique péri-ombilicale à la suite d'une cure de hernie.

Dans plusieurs de ces observations d'épiploïtes chroniques ainsi publiées, les auteurs signalent quelquefois des lésions vasculaires plus ou moins marquées, voire même de véritables lésions hémorragiques. Mais ces détails anatomo-pathologiques sont en général accessoires dans ces observations et à peine signalés, sans que ces auteurs aient songé à les mettre en lumière.

Hors, à côté de ces épiploïtes chroniques, dans lesquelles il peut exister çà et là, disséminés dans la masse inflammatoire, des foyers congestifs pouvant même aller jusqu'à l'hémorrhagie, on peut observer des inflammations de l'épiploon où le foyer hémorrhagique occupe le premier plan et constitue, pour ainsi dire à lui tout seul, la lésion importante.

Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas de cette variété d'épiploïte qui nous paraît mériter le nom d'*épiploïte hémorrhagique*.

Cette forme anatomo-clinique, un peu trop négligée, nous semble-t-il, par les auteurs qui ont étudié la patho-

logie de l'épiploon, est assez distincte pour être mise en lumière. Aussi nous sommes-nous proposé de faire dans ce travail l'ébauche de l'*épiploïte hémorragique*.

Nous commencerons par exposer le tableau clinique des faits que nous avons observés. Nous aurons ensuite à étudier les lésions qui en sont le substratum anatomique, ainsi que les conditions dans lesquelles elles se produisent et qui président à leur évolution.

CHAPITRE II

Etude clinique.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le docteur Gérard Marchant).

Epiploïte hémorrhagique simulant une appendicite.

Albert V..., âgé de 19 ans, garçon coiffeur, entre le 10 avril 1899, salle Saint-Jacques, à l'hôpital Boucicaut, dans le service de M. le docteur Gérard Marchant.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien qui mérite d'être retenu. Rien non plus à signaler du côté de ses antécédents personnels, sauf la particularité suivante :

En avril 1897, le malade, dans une chute de bicyclette, est projeté sur une haie. Il éprouve quelques douleurs vagues dans le ventre, mais il peut reprendre sa route après trois heures de repos.

Les jours suivants il continue ses occupations, sans être incommodé, en somme, d'une façon notable. Néanmoins il raconte que depuis cette époque il a souvent, bien que d'une façon tout à fait irrégulière, des douleurs vagues dans la fosse iliaque droite.

Le lundi, 3 avril 1899, c'est-à-dire deux ans après le traumatisme dont nous venons de parler, le malade est pris brusque-

ment, sans cause occasionnelle apparente, d'une vive douleur dans la fosse iliaque droite. Cette douleur spontanée s'exaspère à la moindre pression ; elle est également très forte quand le malade pose le pied droit par terre.

L'état général ne paraît pas mauvais, peu ou pas de fièvre, pas de vomissements.

Ces signes fonctionnels et généraux pouvaient faire croire à une appendicite. Les signes physiques venaient encore ajouter à la confusion. En effet, dans la fosse iliaque, au niveau de la région douloureuse, il existe une contracture, une vigilance des muscles de la paroi qui rend très difficile l'exploration des organes dans la profondeur.

Néanmoins derrière cette paroi contracturée et vigilante, il semble qu'on perçoive, en dehors de la résistance musculaire, comme une masse étalée ou plutôt une plaque dure, irrégulière dont il est impossible de préciser les contours, telle qu'on la perçoit dans les cas d'appendicite avec plastron appendiculaire. Cette plaque est mate à la percussion et douloureuse à la pression.

En présence de ces symptômes, M. Gérard Marchant porte le diagnostic d'appendicite et décide l'intervention immédiate.

Opération le 10 avril à 4 heures de l'après-midi, c'est-à-dire deux heures après l'entrée du malade à l'hôpital.

Ethérisation. La paroi abdominale fendue et la cavité péritonéale ouverte, le docteur Marchant va à la recherche de l'appendice que l'on soupçonne être le point de départ des accidents observés.

On tombe sur une masse épiploïque épaissie, d'un rouge intense, fortement congestionnée et adhérente au cœcum. On libère cette plaque d'épiploïte enflammée de ses connexions avec l'intestin et on la resèque.

L'appendice légèrement vascularisé, paraissant néanmoins à peu près sain, est également reséqué.

Suture de la paroi en trois plans. Le malade sort guéri le 15 mai.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le docteur Gérard Marchant).

Epiplôite chronique fistuleuse hémorrhagique.

Mme Caroline K .., âgée de 40 ans, bijoutière, entre le 18 avril 1899, à l'hôpital Boucicaut, dans le service de M. le docteur Gérard Marchant.

La malade a eu trois enfants. A la suite du deuxième accouchement, qui remonte à l'année 1882, elle a eu dans le bassin des douleurs qui, depuis cette époque, ont toujours persisté avec plus ou moins d'intensité.

En janvier 1897, elle est opérée par M. Polaillon qui, d'après ce qu'elle raconte, pratique l'ovariotomie du côté droit. A la suite de cette opération la malade voit survenir une éventration et une deuxième intervention est décidée pour lui refaire une paroi abdominale solide.

Après cette deuxième opération, la malade conserve une fistule abdominale et bientôt apparaît une nouvelle complication. C'est un épanchement sanguin, d'abondance variable, qui se fait par la plaie. D'après le récit de la malade, ce serait seulement au moment des règles que cette hémorrhagie se produirait.

Elle entre à l'hôpital Tenon, dans le service de M. le docteur Gérard Marchant, au mois de novembre 1898.

Le 18 novembre, éthérisation; hystérectomie vaginale qui se passe sans incidents. On pensait par cette opération supprimer les hémorrhagies qui, d'après les dires de la malade, paraissaient en rapport avec la menstruation.

Il n'en fut rien. Les douleurs abdominales dues aux lésions annexielles avaient disparu, mais la malade continua à perdre du sang d'une façon irrégulière par la plaie abdominale.

Cet écoulement sanguin, qui paraissait, pendant un certain temps, avoir été périodique et en rapport avec la congestion ovarienne, devint capricieux et bientôt on vit alterner, dans les objets de pansement, une sécrétion purulente avec l'hémorrhagie.

La malade entre, le 18 avril 1899, à l'hôpital Boucicaut, service de M. le docteur Gérard Marchant pour essayer de se faire débarrasser de sa fistule abdominale.

Le 21 avril, éthérisation ; incision elliptique au niveau de la fistule abdominale et la circonscrivant. Ablation en masse de la paroi autour de l'orifice fistuleux. Profondément on trouve que la masse adhère à l'épiploon chroniquement enflammé.

Résection de tout le segment d'épiploon épaissi et congestionné ; drainage de la plaie avec un Mikulicz. Les suites opératoires sont parfaites. Pendant les quatre ou cinq jours qui suivent l'opération, la température oscille entre 37°5 et 38° pour tomber définitivement à 37° le 1^{er} mai.

La fistule, qui correspond à l'orifice par où sortait le Mikulicz, donne, dans les jours qui suivent l'ablation des fils, issue à un léger écoulement sanguin. Cette hémorrhagie, insignifiante d'ailleurs, s'arrête bientôt en même temps que la fistule est en train de se fermer. La malade part au Vésinet le 13 mai.

OBSERVATION III



Coupe

Epiploon formant six tours de spire

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance du M. le docteur Henri Blanc, chef de
laboratoire à l'hôpital Boucicaut).

**Epiploïte herniaire hémorrhagique par torsion
de l'épiploon (1).**

Joseph M..., journalier, âgé de 40 ans, entre dans le service de M. le docteur Monod, le 5 décembre 1898, à l'hôpital Saint-Antoine.

Ce malade arrive à l'hôpital avec le diagnostic de *hernie étranglée*. Il est porteur, depuis environ six ans, d'une hernie inguinale droite qui ne l'incommodait pas et se réduisait facilement. La hernie ne s'était jamais étranglée et n'avait jamais nécessité le port d'un bandage.

A la suite d'un effort, le malade a ressenti brusquement une douleur aiguë dans la fosse iliaque droite, douleur qu'il compare à un « *coup de couteau* ». En même temps la bourse droite, occupée normalement par la hernie toujours facilement réductible, est devenue douloureuse, volumineuse, dure et tendue.

Il a essayé de faire rentrer sa hernie et, ne pouvant y réussir, il a appelé un médecin qui, voyant ses efforts dans le même sens rester infructueux, l'a fait conduire à l'hôpital.

A son entrée, dix heures environ après le début de l'accident, nous examinons le malade et constatons ce qui suit :

L'état général ne paraît pas mauvais. Le pouls est fort, régulier mais un peu rapide ; à 100. Le malade a eu quelques nausées, mais pas de vomissements.

(1) Le malade qui fait l'objet de cette observation est arrivé à Saint-Antoine chez M. le docteur Monod, pendant que nous étions attaché au service. Nous avons pu ainsi examiner le malade à son entrée, assister à l'opération et en observer les suites.

Localement on trouve la bourse droite et le canal inguinal occupés par une tumeur dure, tendue, douloureuse. Le maximum de la douleur siège nettement au niveau de l'orifice du canal inguinal ; car la palpation fait sentir profondément, dans la fosse iliaque droite, un cordon épais qui paraît se continuer avec la masse inguino-scrotale et qui ne peut être que l'épiploon.

Au niveau de ce cordon la palpation est très douloureuse et, dans la bourse droite, il semble qu'on arrive à percevoir une fluctuation obscure, indice de la présence de liquide dans le sac. La matité est d'ailleurs absolue à ce niveau.

En dehors de ces phénomènes herniaires, déjà graves par eux-mêmes, deux particularités sont relevées qui viennent assombrir légèrement le pronostic.

C'est, d'une part l'existence d'un mouvement fébrile assez marqué (le thermomètre placé dans le rectum indique 39°) ; d'autre part un début de grippe qu'indiquent quelques râles disséminés dans la poitrine et une toux sèche, peu fréquente et sans expectoration. Notons enfin que le malade est un alcoolique avéré.

En résumé, nous nous trouvons en présence d'un malade qui paraissait présenter une épiplocèle inguinale étranglée avec un début de grippe.

Opération : Chloroforme ; incision des couches cutanées jusqu'au sac ; énucléation de la tumeur herniaire. Incision au bistouri ordinaire de l'anneau inguinal et du canal inguinal ; incision du sac immédiatement en avant du collet ; issue d'une petite quantité de liquide.

Le sac qui présente tous les caractères d'un vieux sac herniaire est épais de près de un centimètre. Il contient un épiploon chroniquement enflammé et *à peine serré par le collet du sac*.

Section du collet du sac. Le doigt, introduit dans la cavité abdominale, permet de se rendre compte qu'il n'existe pas d'autre cause de stricture.

On attire facilement l'épiploon croyant trouver, immédiatement au-dessus de la partie légèrement serrée par le collet, la portion saine. Mais on tombe alors avec surprise sur *un large cordon épiploïque du volume de deux gros pouces réunis, noirâtre, ecchymotique* et présentant, sur une longueur d'environ quinze centimètres, *six tours de spire*. Cette particularité anatomique avait déterminé une hémorrhagie diffuse dans toute cette partie du tablier épiploïque.

On place un fil en chaîne au niveau de l'union des parties saines et des parties tordues et on resèque l'épiploon ainsi enroulé sur lui-même.

Les autres temps de la cure radicale sont rapidement exécutés. Fermeture de la paroi en deux plans (points profonds en u de Championnière), un petit drain de précaution dans la plaie.

Les suites opératoires, au point de vue herniaire, sont excellentes. Le deuxième jour on enlève le drain. La plaie est parfaite comme aspect ; aucun phénomène du côté de l'abdomen ; pas de douleur, ni de vomissements.

Par contre, l'état pulmonaire s'est aggravé. Le malade très agité a la respiration brève, difficile, rapide ; il présente de plus, dans toute la hauteur du poumon gauche, des râles crépitants fins et, dans l'aisselle du même côté, un souffle rude qui prend dès le lendemain tous les caractères du souffle tubaire.

Malgré les révulsifs, malgré une médication tonique appropriée, le malade succombe le cinquième jour après l'opération avec tous les signes d'une broncho-pneumonie grippale.

Ce diagnostic a d'ailleurs été vérifié par l'autopsie qui a montré : d'une part la réunion parfaite de la plaie inguinale, avec l'intégrité absolue du moignon épiploïque

que et de la séreuse péritonéale ; d'autre part l'infiltration congestive en masse de tout le poumon gauche transformé en un véritable bloc broncho-pneumonique.

Il nous semble difficile avec les trois seules observations que nous venons de rapporter d'établir un tableau clinique suffisamment caractéristique de l'*épiploïte hémorragique*.

En effet, en nous en tenant aux signes qui ont été relevés dans ces observations, nous pouvons voir que dans aucun cas il n'existait de symptômes particuliers permettant de songer à l'affection qui nous occupe.

Néanmoins, en tenant compte des symptômes prédominants dans les faits que nous avons relatés, il nous semble que l'*épiploïte hémorragique* pourra revêtir deux formes cliniques.

Nous avons vu plus haut qu'il existe deux grandes variétés d'*épiploïte inflammatoire* simple : l'une qui comprend les inflammations *épiploïques* consécutives aux lésions des organes abdominaux au contact desquels se trouve l'*épiploon* ; l'autre dans laquelle rentrent les *épiploïtes* accompagnant les hernies ou se produisant consécutivement à la cure radicale.

De même il nous paraît qu'on peut, avec les faits observés, décrire deux formes cliniques d'*épiploïte hémorragique*.

A la première variété d'*épiploïte inflammatoire* correspondent dans la forme hémorragique les observations I et II de notre travail. Dans la première obser-

vation les symptômes relevés faisaient pencher le diagnostic en faveur de l'appendicite. Dans la deuxième on croyait se trouver en présence d'une lésion des annexes.

Cette forme clinique de l'épiploïte hémorrhagique pourrait donc prendre le nom de *forme abdominale*.

En nous en tenant aux faits que nous rapportons, essayons de tracer le tableau clinique de cette forme d'épiploïte :

Il est d'abord un point à mettre en lumière c'est que dans nos deux premiers cas les lésions épiploïques ne sont survenues que secondairement.

Les premiers phénomènes douloureux remontaient à un traumatisme reçu deux ans auparavant par le jeune malade objet de l'observation I. Il s'agissait, dans notre second cas, d'une femme souffrant depuis longtemps de lésions pelviennes.

Un second point qu'il est facile de comprendre c'est que, dans cette forme, les symptômes, dont l'épiploïte sera le point de départ, varieront avec l'organe au contact duquel se trouve l'épiploon enflammé.

C'est ainsi que dans la première observation la confusion était facile avec une inflammation appendiculaire ; les symptômes fonctionnels, physiques et généraux pouvant se résumer ainsi qu'il suit :

Le début est brusque, sans cause occasionnelle apparente et il est marqué par une vive douleur dans la fosse iliaque droite. Cette douleur spontanée, exaspérée par la moindre pression est également assez vive quand le malade pose le pied par terre.

A côté de ces symptômes fonctionnels, qui en somme sont ceux de l'appendicite, les autres phénomènes ne concordaient qu'imparfaitement avec ce diagnostic. La température est à peu près normale, il n'existe actuellement et il n'a pas existé antérieurement de troubles digestifs. Le malade n'accuse ni nausées ni vomissements ; le ventre est à peine ballonné et un peu sensible, sauf au niveau de la fosse iliaque droite où la douleur est vive.

Ces phénomènes négatifs ont une certaine importance et méritent d'être notés. En effet, au point de vue clinique, ce cas d'épiploïte hémorrhagique ne se distingue de l'appendicite que par des nuances de détail qui, dans l'immense majorité des cas d'ailleurs, ne suffiront pas pour faire éviter l'erreur.

Tout aussi vagues sont les signes auxquels donnait lieu l'épiploïte chronique hémorrhagique dans notre observation II.

Ici les douleurs pelviennes, l'écoulement sanguin par la fistule abdominale, écoulement périodique et mensuel d'après la malade, avaient fait croire à une lésion des annexes. Dans des cas analogues il n'y a guère que l'exploration physique qui pourra donner la clé des phénomènes observés.

La présence au-dessus de l'utérus et des annexes d'une masse étalée et adhérente devra faire penser à l'épiploon ; mais, en dehors de la particularité anormale d'une fistule siégeant en pleine masse épiploïque et donnant lieu à un écoulement sanguin, il sera impos-

sible d'avoir aucun signe qui permette de porter le diagnostic d'*épiploïte hémorrhagique*.

En résumé, au point de vue clinique ces formes abdominales d'épiploïte hémorrhagique restent bien vagues et bien mal dessinées. C'est surtout par certains caractères négatifs qu'elles peuvent, jusqu'à un certain point, se différencier des affections qu'elles simulent ; et sans aucun doute, en présence du syndrome que présentait notre petit malade, étant donnée la grande rareté de ces faits d'épiploïte hémorrhagique, on portera toujours le diagnostic d'appendicite.

La difficulté que nous rencontrons pour écrire l'histoire clinique de cette lésion nous la retrouvons en abordant l'étude de la deuxième forme que nous avons observée et dont le malade de l'observation III nous offre un si bel exemple.

Cette forme, qui nous paraît ne pouvoir guère se rencontrer que concurremment avec une épiplocèle, pourrait peut-être prendre le nom de *forme herniaire*.

Il nous est difficile de donner, même d'après notre observation, un tableau clinique net de cette forme.

En effet, ainsi que nous l'avons vu, il s'agissait chez notre malade d'une épiploïte hémorrhagique par torsion de l'épiploon ; mais il existait également un très léger étranglement épiploïque. De sorte que, dans le complexe symptomatique en présence duquel nous nous trouvions, nous pouvons avec peine faire la part de ce qui revient à l'étranglement, à *peine un peu serré* nous le répétons, qui existait et à l'épiploïte hémorrhagique.

Néanmoins nous ferions volontiers rentrer dans le cadre de cette dernière la douleur violente « *en coup de couteau* » selon l'expression même du malade à cause du siège de cette douleur qui était franchement abdominale et surtout à cause de la présence dans la fosse iliaque droite, et se perdant dans la cavité abdominale, d'un cordon énorme, douloureux, infiltré de sang correspondant à l'épiploon.

CHAPITRE III

Anatomie Pathologique.

Ne connaissant pas d'autres cas d'épiploïte hémorrhagique, en dehors de ceux que nous venons de relater, nous nous bornerons dans ce chapitre à reproduire les examens qui ont été faits des fragments d'épiploons dans lesquels s'était produite l'hémorrhagie.

OBSERVATION I. — *Examen de l'épiploon réséqué.* — L'épiploon est ecchymotique et présente une infiltration sanguine très nette entre les deux feuillets.

De plus il semble qu'il existe, au niveau du point où la partie saine se continue avec le segment nettement hémorrhagique, une certaine torsion des vaisseaux destinés à la nutrition de l'organe.

Nous appelons l'attention sur cette torsion des vaisseaux. Nous aurons plus loin, en recherchant la pathogénie de cette variété d'épiploïte hémorrhagique, à revenir sur ce fait qui, croyons-nous, doit entrer en ligne de

compte comme facteur pathogénique important de l'hémorragie dans certaines variétés d'épiploïtes.

Examen microscopique (M. le Dr Blanc, chef du laboratoire du service). — La coupe montre une série de petits lobules adipeux ; les tractus conjonctifs qui les séparent sont sillonnés d'une infiltration embryonnaire plus ou moins marquée selon les points de la coupe.

Au niveau des nœuds d'entrecroisement des tractus conjonctivo-cellulaires le tissu conjonctif s'organise en tissu fibreux formant alors une nappe plus ou moins large, à disposition étoilée par la divergence de ses angles, et parsemée de petits vaisseaux capillaires en voie de formation. *Plusieurs de ces vaisseaux apparaissent dilatés et béants.*

En résumé, les lésions qu'on observe au microscope sont des lésions d'inflammation simple, sans formation tuberculeuse d'aucune sorte.

Les particularités à relever sont les particularités vasculaires : *nombreux vaisseaux béants et dilatés et nombreux vaisseaux en voie de formation.*

En somme, microscopiquement, nous ne trouvons pas de lésions spéciales nous donnant la clef de l'infiltration hémorragique dont cet épiploon était le siège.

Retenons ce fait, sur lequel nous attirions l'attention plus haut, de la *torsion légère des vaisseaux* qui venaient s'épanouir en bouquet terminal dans le segment du tablier épiploïque.

OBSERVATION II. — *Examen de la pièce* (M. le Dr Blanc). — Le segment d'épiploon enlevé se présente sous la

forme d'un champignon dans lequel on aurait creusé un canal central.

Ce canal correspond au trajet fistuleux par lequel se faisaient la sécrétion purulente et l'écoulement sanguin intermittents.

Sur les coupes, faites au niveau même du fond de la fistule, on aperçoit toutes les lésions de l'épiploite chronique simple. Les tractus conjonctifs minces et déliés à la périphérie, deviennent épais et parcourus d'une traînée embryonnaire plus ou moins marquée.

En se rapprochant du centre de la coupe on tombe sur de véritables nodules inflammatoires. Ces amas embryonnaires, en train de s'organiser en tissu fibreux, sont parcourus par des faisceaux de fibres conjonctives adultes, qui ne sont autre chose que les travées conjonctivo-vasculaires de l'épiploon chroniquement enflammé que nous avons vues minces et déliées sur les limites de la préparation.

Ça et là on aperçoit des vaisseaux *béants, dilatés, gorgés de sang* et cette béance et cette dilatation ne sont pas une des particularités les moins intéressantes, puisqu'elles nous expliquent la facilité avec laquelle ce bloc d'épiploon chroniquement enflammé donnait naissance à des hémorrhagies.

OBSERVATION III (D^r Blanc). — Deux éléments frappants tout d'abord : *La dilatation des vaisseaux et l'infiltration hémorrhagique.*

Les vaisseaux sont gorgés de sang et leur coupe transversale est arrondie.

On constate ensuite une dilatation énorme de nombreux vaisseaux capillaires dont la paroi est très mince ; et leur assemblage donne par places l'aspect d'un angiome.

De plus les moindres vaisseaux capillaires, si petit que soit leur calibre, sont aussi gorgés de sang ; et les fentes du tissu conjonctif, bordées de cellules plates, sont aussi transformées en cavités plus ou moins grandes, pleines de sang.

Quant à l'infiltration hémorrhagique elle se présente par nappes plus ou moins étendues. Au milieu d'elles le tissu conjonctif montre ses faisceaux dissociés en tractus d'épaisseur variable, présentant la disposition d'un réticulum dont les mailles seraient pleines de sang.

Ailleurs les tractus conjonctifs, paraissant rompus, se perdent au milieu de globules sanguins et la limite des nappes hémorrhagiques est toujours indécise.

Il n'y a pas de réticulum fibrineux apparent ; pas d'organisation du dépôt sanguin et pas d'agglomération de cellules inflammatoires autour des vaisseaux.

Enfin c'est une sorte d'apoplexie caractérisée par *la dilatation de tous les vaisseaux et l'hémorrhagie interstitielle.*

En résumé nous trouvons, au point de vue anatomo-pathologique, deux variétés de lésions selon que nous avons affaire à une épiploïte hémorrhagique survenant dans un épiploon préalablement enflammé ou à une épiploïte hémorrhagique primitive.

Dans les cas de la première variété (obs. II), nous

trouverons tout d'abord les traces de l'inflammation chronique antérieure : Tractus conjonctifs épaissis, sillonnés d'une infiltration embryonnaire plus ou moins marquée ; nodules inflammatoires avec vaisseaux capillaires en voie de formation.

A côté de ces lésions nous observerons, plus ou moins nombreux, des foyers hémorragiques consécutifs à des poussées aiguës.

Nous ne pouvons mieux faire pour confirmer ces notions que de reproduire l'examen histologique d'un cas d'épiploïte chronique opérée par le Dr Walther et qui se trouve à la page 63 de la thèse de M. Levrey (*loc. cit.*) :

« La masse épiploïque, y lisons-nous, congestionnée sur beaucoup de points présente, disséminés dans son épaisseur, une série de nodules durs, blanchâtres, de dimensions inégales.

L'examen microscopique montre que ce sont non point des foyers tuberculeux mais de simples placards d'épiploïte subaigüe.

Chacun de ces placards est parcouru par de larges faisceaux de fibres conjonctives adultes représentant les travées conjonctivo-vasculaires de l'épiploon chroniquement enflammé.

Par places on trouve des dépôts de pigment sanguin, traces d'apoplexie hémorragique, lors de la poussée aiguë d'épiploïte. »

C'est à ce même ordre de lésions que se rattache cette autre phrase de Levrey :

« L'inflammation de l'épiploon dans ce cas se tra-

duit par son aspect rouge, granuleux et *par sa grande vascularisation* ; on peut y noter aussi de *petites extravasations sanguines*, des *foyers hémorrhagiques généralement peu étendus*. »

Un peu plus loin nous lisons encore :

« Dans l'observation de J. Bogdamick l'opération montra que l'épiploon était hypertrophié, adhérent au péritoine pariétal ; dans son ensemble il ressemblait à une tumeur marbrée, d'un jaune sale et de consistance assez ferme. »

Il est probable qu'il s'agissait également dans ce cas d'une épiploïte hémorrhagique légère, comme dans l'observation que nous avons rapportée plus haut.

Lorsque nous aurons affaire à la deuxième variété, c'est-à-dire à une épiploïte hémorrhagique primitive, nous ne rencontrerons plus les lésions chroniques que nous venons de décrire. Tout se bornera comme lésion à une torsion plus ou moins marquée, simple (obs. I), sextuple (obs. III) des vaisseaux destinés à l'irrigation du fragment épiploïque malade.

Les nombreux vaisseaux capillaires que nous rencontrons ont une paroi mince ; leur réunion irrégulière simule par places l'aspect angiomateux. Ils sont gorgés de sang et dilatés.

En un mot, nous nous trouvons en présence d'une véritable apoplexie caractérisée par la dilatation de tous les vaisseaux et l'hémorrhagie interstitielle.

CHAPITRE IV

Etiologie, Pathogénie.

Les observations d'épiploïte hémorrhagique que nous avons rapportées, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique nous ont conduit à en admettre deux variétés :

La première survenant au cours d'une épiploïte inflammatoire chronique primitivement simple.

La deuxième paraissant primitive.

Dans la première variété rentrent les faits dans lesquels, au cours d'une épiploïte chronique, il se produit des poussées congestives aiguës et intenses. Ces poussées se traduisent par des ruptures vasculaires avec infiltration sanguine diffuse, ou par des foyers hémorrhagiques disséminés dans les nodules inflammatoires. Dans ces cas toutes les causes capables de produire des poussées aiguës dans un épiploon chroniquement enflammé peuvent être invoquées.

Pour nous, dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'épiploïtes chroniques au contact d'organes eux-

mêmes chroniquement enflammés. Ce sont les poussées inflammatoires de ces organes qui pourront provoquer le processus de l'*épiploïte hémorrhagique*.

Dans la deuxième variété, qui est en somme primitivement hémorrhagique, il nous paraît que deux conditions sont nécessaires. C'est :

1° La fixation par un processus quelconque de l'extrémité d'un point du tablier épiploïque.

2° La torsion ensuite sur lui-même de l'épiploon une fois fixé.

La fixation de l'épiploon se fera le plus souvent par une adhérence, dont l'origine la plus fréquente sera l'inflammation plus ou moins marquée d'un organe voisin. La trompe, l'ovaire et surtout l'appendice doivent être le plus souvent mis en cause.

Le traumatisme peut également être invoqué. Nous avons vu, pour le malade qui a été l'objet de l'observation I, qu'un traumatisme avait été noté à l'origine des accidents douloureux dont l'aboutissant fut une épiploïte hémorrhagique prise pour une appendicite.

Cette adhérence se faisant d'une façon sourde, latente, pourra passer inaperçue et ne pas être relevée dans l'histoire clinique des antécédents du malade, ou encore elle pourra donner lieu à quelques phénomènes douloureux, vagues, sans importance.

D'autres fois la fixation de l'extrémité de l'épiploon sera due à l'enserrement de cet organe enflammé, par un anneau herniaire. C'était le cas de notre observation III. Mais nous sommes convaincus qu'il suffit d'une adhérence même légère d'un point quelconque de

l'épiploon, comme il arrive pour les vieilles épiplocèles, pour que les mêmes phénomènes puissent se produire.

Voilà donc l'épiploon fixé par son extrémité. Que sous une influence quelconque, traumatisme, chute, effort, simples mouvements de l'intestin, il se produise une torsion de l'axe épiploïque, nous verrons immédiatement survenir des troubles circulatoires. Si la torsion persiste, ces troubles circulatoires vont aboutir à la congestion et à l'infiltration hémorragique diffuse de toute la partie inférieure de l'épiploon.

Il suffit d'une torsion même incomplète pour déterminer des ruptures vasculaires et la formation de foyers d'apoplexie hémorragique.

Et ces troubles, il est facile de le comprendre, atteindront leur maximum quand la torsion des vaisseaux sera complète ; à plus forte raison quand elle sera complexe.

A ce titre, l'observation III nous paraît du plus haut intérêt puisqu'elle nous montre une épiploïte hémorragique primitive, due à la torsion d'un pédicule épiploïque fixé au niveau d'un anneau herniaire et présentant, au-dessus de son point d'attache, *six tours de spire*.

Le mécanisme des hémorragies épiploïques, dans ce dernier cas, nous paraît pouvoir être comparé de tous points au mécanisme qui préside à la complication de certains kystes de l'ovaire par torsion de leur pédicule. Dans les deux cas la torsion des éléments vasculaires détermine des troubles circulatoires intenses dont le résultat est, soit l'épiploïte hémorragique, soit l'hémorragie intra-kystique.

En résumé, de même que nous avons admis deux variétés anatomo-cliniques, de même il nous semble qu'on puisse décrire deux modes pathogéniques des épiploïtes hémorrhagiques :

1^o Dans la première variété il s'agit de foyers hémorrhagiques disséminés correspondant à des poussées aiguës. Ce sont des foyers d'apoplexie hémorrhagique, par congestion intense, comme il s'en produit au cours des inflammations chroniques.

2^o Dans la deuxième variété nous nous trouvons en présence de phénomènes avant tout mécaniques. La torsion des vaisseaux destinés à la nutrition de l'épiploon est la cause capitale, primitive de l'hémorrhagie diffuse qui se fait entre les deux feuillets de l'organe.

CHAPITRE V

Pronostic, Diagnostic, Traitement.

D'une façon générale nous croyons pouvoir dire que le pronostic des épiploïtes hémorrhagiques est plutôt bénin, tout au moins en ce qui concerne les épiploïtes hémorrhagiques survenant au cours des épiploïtes chroniques. En effet, il s'agit dans ces cas-là d'hémorrhagies par petits foyers, toujours de faible importance, qui auront pour résultats d'exagérer ou de réveiller peut-être les douleurs, mais qui auront rarement des suites sérieuses.

Il n'en est pas tout à fait de même pour les épiploïtes hémorrhagiques dont le point de départ est la torsion des vaisseaux qui, par la suppression à peu près complète de l'apport sanguin dans toute une partie du tablier épiploïque, peut être l'orgine d'accidents. Ces accidents peuvent être soit la nécrose, la mortification de cette partie de l'épiploon, soit la transformation de cette même partie en un cordon fibreux sur lequel, à un moment donné, pourra venir s'étrangler l'intestin.

Le diagnostic de l'épiploïte hémorrhagique ne se fera pas en général. Cette forme d'épiploïte paraît d'ailleurs très rare et, comme nous l'avons vu, ne présente aucun symptôme qui permette de la reconnaître.

On pensera donc tout naturellement aux affections qu'elle peut simuler et qu'elle simule d'ailleurs à s'y méprendre et, comme nous l'avons vu, au cours de l'exposé clinique, ce n'est guère que par quelques nuances et par quelques détails qu'on pourrait arriver, en y songeant, à éviter l'erreur.

Mais le plus souvent on pensera aux affections des organes au contact desquels est l'épiploon, siège de l'hémorrhagie, ou, s'il s'agit d'une épiploïte hémorrhagique herniaire, le diagnostic porté sera : épiplocèle enflammée, ou étranglement.

Cette erreur que l'on doit faire fatalement sera-t-elle préjudiciable au malade ? L'exposé de nos trois cas montre le contraire puisqu'il nous indique la nécessité de l'intervention qui sera simplement modifiée et nous dirons même simplifiée.

En effet le traitement de l'épiploïte hémorrhagique nous paraît être l'ablation du segment d'épiploon dans lequel s'est produite l'hémorrhagie.

La conduite sera toujours la même. Le premier temps de l'intervention consistera à libérer l'épiploon de ses adhérences ; le deuxième temps consistera dans la résection de la partie malade, après ligature solide et serrée à l'unisson de cette partie avec la portion saine.

CONCLUSIONS

De l'étude de nos trois cas d'épiploïte hémorrhagique il nous paraît qu'on puisse tirer les conclusions suivantes :

I. — A côté des inflammations aiguës ou chroniques de l'épiploon décrites par les auteurs il nous semble qu'il y ait place pour une forme anatomo-clinique qui prendrait le nom d'*épiploïte hémorrhagique*.

II. — Cette épiploïte hémorrhagique se présente dans deux conditions différentes :

Tantôt l'hémorrhagie survient dans un épiploon déjà enflammé, que cette inflammation ait été consécutive à un traumatisme quelconque ou bien à l'inflammation d'organes au contact desquels se trouve le tablier épiploïque.

Tantôt cette hémorrhagie a pour point de départ la torsion du pédicule vasculaire épiploïque. La pathogénie de l'hémorrhagie, dans ce dernier cas, paraît être assimilable à la pathogénie des hémorrhagies intra-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
Chapitre I. — Généralités	7
— II. — Etude clinique	11
— III. — Anatomie pathologique	23
— IV. — Etiologie, Pathogénie	29
— V. — Pronostic, Diagnostic, Traitement	33
Conclusions	35

